

“Is all this for me to be normal? I can't be normal!”: gender issues in the life stories of women with a psychiatric diagnosis

“Tudo isso é p’ra eu ser normal? Não tem como eu ser normal!”: questões de gênero nas histórias de vida de mulheres com diagnóstico psiquiátrico

Tahiana Meneses Alves²

Data de Submissão: 12 set. 2019.

Data de Aprovação: 06 out. 2019.

Data de Publicação: 30 dez. 2019.

ABSTRACT: This article, derived from a qualitative research in sociology, discusses the experiences of women diagnosed with mental illness. It aims to analyze their conceptions about mental illness. The results reveal that conceptions are crossed by gender and involve situations of everyday life such as the family sphere (being a mother or daughter, domestic work), love disappointments, poverty and its consequences, bullying experience, exercise of sexuality, suffer various forms of violence. It draws attention to the need for a more present gender perspective in the field of mental health.

Keywords: Gender. Mental Health. Women.

RESUMO: Este artigo, decorrente de uma pesquisa qualitativa em sociologia, trata das experiências de mulheres diagnosticadas com transtorno mental. Tem como objetivo analisar suas concepções acerca do próprio transtorno mental. Os resultados revelam que tais concepções estão atravessadas por questões de gênero e envolvem situações da vida cotidiana como a esfera familiar (na condição de mãe ou filha, no trabalho doméstico), decepções amorosas, pobreza e seus desdobramentos, vivência de *bullying*, exercício da sexualidade, sofrer diversas modalidades de violência. Chama a atenção para a necessidade de um olhar de gênero mais presente no campo da saúde mental.

Palavras-chaves: Gênero. Saúde Mental. Mulheres.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, durante o período de redemocratização no Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica vem produzindo mudanças no campo da saúde mental. De uma forma geral, a reforma propõe a compreensão do fenômeno transtorno mental na sua complexidade, isto é, para além de uma

perspectiva biologicista e considerando os aspectos biopsicossociais do adoecer. Também estabelece medidas jurídico-políticas: uma das principais conquistas neste sentido foi a lei n.º 10.216, de 2001, que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental especialmente quanto à substituição do aparato manicomial.

A Reforma tem como importante eixo a chamada desinstitucionalização, que significa

1 **Atribuição CC BY:** Este é um artigo de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

2 **E-mail principal de contato:** menesestahiana@gmail.com. Doutorado em Sociologia (Universidade do Minho) com projeto de referência SFRH/BD/96628/2013 pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Mestra em Sociologia (Universidade do Minho). Mestra em Políticas Públicas (UFPI). Bacharel em Serviço Social (UFPI).

mais que apenas remover as pessoas dos manicômios. Sugere uma nova compreensão da saúde e da doença, refutando a ideia de cronicidade e irrecuperabilidade do paciente, e promove uma nova relação entre cuidadores e cuidados. Mais que um tratamento ou uma adaptação, "a desinstitucionalização consiste em um *crescimento* da pessoa" (VENTURINI, 2010, p. 143), buscando a autonomia e a cidadania em sua subjetividade e existência concreta, que, por seu turno, carregam muito das regulações sociais.

Isto descortina a complexidade no campo da saúde mental, que reúne, além dos biológicos, os fatores sociais, econômicos, culturais, etc. Um deles é o gênero enquanto uma "estrutura de relações sociais que se centra sobre a arena reprodutiva e o conjunto de práticas que trazem as distinções reprodutivas sobre os corpos para o seio dos processos sociais" (CONNELL E PEARSE, 2015, p. 42). É algo que conecta ao mesmo tempo as relações econômicas, afetivas, simbólicas, de poder e opera de forma simultânea nos níveis intrapessoais, interpessoais, institucionais e da sociedade em geral (CONNELL, 2013, p. 66).

Levando em conta as premissas da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, nomeadamente no que diz respeito à maneira de conceber o transtorno mental (agora a partir não somente dos seus aspectos biológicos, mas também sociais) e a pessoa em sofrimento psíquico (agora a partir não apenas de sintomas e diagnósticos, mas da sua história de vida), propomos o seguinte questionamento: de que maneira aspectos sociais como o gênero podem se fazer presentes na configuração dos processos saúde-doença mental?

Mais especificamente, perguntamo-nos: que "causas" as mulheres atribuem ao próprio transtorno mental? O uso das aspas se justifica pelo fato de que, sendo o transtorno mental um fenômeno complexo, não podemos, a partir de um único olhar (neste caso, sociológico), nomear causas "oficiais", "efetivas". Desta maneira, as "causas" enunciadas neste estudo se referem às "experiências fragilizadoras" da saúde mental ocorridas ao longo das trajetórias

de vida, o que engloba as condições sociais externas, objetivas, mas também os modos específicos pelos quais os indivíduos se posicionam face às situações oferecendo-lhes sentidos (HITA, 1998, p. 179). Veremos que os sentidos atribuídos ao transtorno mental pelas mulheres revelam muitas questões de gênero.

2. Metodologia: escolhas e justificativas

A pesquisa, por lidar com sentidos atribuídos pelas mulheres às próprias experiências, tem caráter qualitativo. A principal técnica de recolha de informações é a entrevista de história de vida, que "permite captar o que escapa às estatísticas, às regularidades objectivas dominantes e aos determinismos macrossociológicos, tornando acessível o particular, o marginal, as rupturas, os interstícios e os equívocos, elementos fundamentais da realidade social" (BRANDÃO, 2010, p. 53). Porém, o interesse da investigação não está exatamente na história de cada sujeito propriamente dita, mas, sim, no que cada uma delas permitiu analisar a respeito de determinados grupos, comunidades, culturas, classes, fenômenos particulares. A ideia é colocar um pouco entre parênteses a singularidade das histórias para captar a generalidade da história (MOLANO, 1998). Também utilizamos um breve questionário de caracterização sociodemográfica com o intuito de reter algumas variáveis que pudessem ajudar a explicar a diversidade de reações possíveis frente à experiência com o transtorno mental. A variável fundamental é o gênero. Mas outros marcadores sociais captados pelo questionário ajudam a compreender as variadas experiências. São eles: classe social, raça/etnia, estatuto conjugal, idade/geração, orientação sexual entre outros. A análise das informações foi realizada com base na *grounded theory* (CHARMAZ, 2009), que não busca testar hipóteses ou teorias, mas compreender porque as pessoas agem de diferentes maneiras.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de novembro de 2016 e maio de 2017 em um Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS)³ no estado do Piauí. Todas as entrevistas de histórias de vida foram realizadas/gravadas. No total, entrevistamos dez mulheres. Foram critérios de inclusão: ter diagnóstico psiquiátrico e ser usuária da saúde mental há, pelo menos, 12 meses; ter, pelo menos, 18 anos; participação voluntária; em condições de diálogo com a pesquisadora.

Todas as mulheres pertenciam a classes social e economicamente desfavorecidas e possuíam baixa escolaridade. Algumas, ao menos em algum momento de suas vidas, residiram em áreas rurais. Tinham idades entre 28 e 56 anos. Houve negras e brancas. Quanto à religiosidade, houve católicas, evangélicas, espíritas, umbandistas e quem não seguisse qualquer religião. Quanto à situação conjugal, houve casadas, em união estável, solteiras, separadas/divorciadas, namorando. Houve quem não tivesse filhos e quem tivesse até sete filhos. Quanto à ocupação, houve trabalhadoras autônomas, informais, trabalhadoras domésticas, recepcionista, atendente de *telemarketing*, vendedora, bordadeira, auxiliar administrativo, donas de casa. Algumas recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Algumas foram internadas em instituições psiquiátricas. Os nomes utilizados após os depoimentos são fictícios.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, Campus Ministro Reis Veloso (hoje, Universidade Federal do Delta do Parnaíba), por estar de acordo com as exigências do Conselho Nacional de Saúde, através do parecer de nº. 2.311.181.

3. Como as mulheres percebem o próprio transtorno mental

³ Os CAPS são serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São serviços abertos e comunitários, voltados para tratamento e reinserção social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

⁴ Neste artigo, não abordamos as referências aos mundos “natural” e “sobrenatural” porque nosso foco está no mundo “social” (e nas questões de gênero implicadas).

Como dito anteriormente, nosso objetivo não foi o de designar as causas “efetivas” do transtorno mental em mulheres. Porém, a maneira como elas dão sentido às suas experiências sugere uma causalidade do adoecer. Como no estudo de Alves (2011), as entrevistadas constroem os seus modelos etiológicos fazendo referência aos mundos⁴ natural, sobrenatural e social. Em alguns relatos, as “causas” são múltiplas (pode ter relação com qualquer um destes mundos), isto é, o transtorno assume a forma de fenômeno polissêmico.

Nosso interesse está no mundo social, que engloba, segundo Alves (2011, p. 190), “todos os elementos resultantes de factores relacionais, porque o campo no qual se situam são os acontecimentos de vida: familiar, laboral e o relacionado com o ritmo acelerado da vida quotidiana, com o stresse, com a exigência crescente da sociedade e a necessidade de lhe corresponder”. Estes acontecimentos são associados com a origem do transtorno mental, mas também, similar ao mostrado por Hita (1998), com a eclosão de novas “crises” ou, simplesmente, remetem a características do contexto mais amplo sobre o qual se desenrolam as experiências de aflição. É destas situações que partimos para compreender de que maneira o gênero está presente nas experiências de cada mulher com o transtorno mental. Este exercício possibilita captar os significados que elas têm para as mulheres ao passo que também revela os elementos estruturais das histórias de vida.

3.1 O contexto familiar

De acordo com Teixeira (2016), a família, sendo uma instituição social e histórica, possui funções que variam conforme o tempo e a

Informamos, porém, alguns significados atribuídos: i) ao mundo natural: transtorno/sofrimento decorrente de doença “física”, de pancadas (especialmente na cabeça), afogamento, gravidez conturbada da mãe (incluindo tentativas de aborto), deficiência alimentar, fatores hereditários ou congênitos; ii) ao mundo sobrenatural: transtorno/sofrimento decorrente de questões espirituais.

formação socioeconômica. No capitalismo, as funções familiares vão desde a reprodução biológica, material, até a reprodução social de seus membros. É tida enquanto lócus da estrutura psíquica dos indivíduos por ser espaço de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo e espaço de solidariedade primária. Por outro lado, também pode ser espaço de reprodução de autoridade, hierarquia, dominação pela idade e sexo (idem).

Apesar dessas diferentes possibilidades, ainda predomina, nas nossas sociedades, segundo Dias (2015), a imagem positiva em torno da família enquanto universo social que abrange as noções de confiança, lealdade, reciprocidade, intimidade e sentimento entre seus membros. Mas e quando, no cotidiano, isto não acontece assim?

Para as entrevistadas, o contexto da família foi associado com a piora da saúde mental quando elas estavam na condição de mães ou filhas. Alguns relatos referem o sofrimento em torno da figura materna:

"Um dos motivos foi por causa da morte da minha mãe. Com 12 anos, perdi a minha mãe e a minha irmã mais velha prometeu que ia cuidar dos filhos mais novos. Ela teve diabetes [...] E eu sofri muito com ela, mas eu acho que se ela fosse viva as coisas teriam sido mais fáceis p'ra mim" (Flora, 28 anos, separada).

"Quando eu tinha crise de epilepsia, ela (a mãe) dizia assim: 'se tivesse um 'retratista' na hora que tu desse crise, eu tirava a tua foto p'ra tu ver como tu fica é a bonita!'. Tudo isso me abalava" (Abigail, 53 anos, casada).

No contrato tradicional de gênero, a mãe, na família, é a principal responsável por prestar o suporte de variados modos (físico, emocional, educacional, etc) para com os filhos. Historicamente, o corpo da mulher foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (sua fecundidade passou a ser regulada), submetido ao espaço familiar (no qual deve atuar como elemento funcional e substancial), e associado com a vida das crianças (responsável biológica e moralmente por elas) (FOUCAULT, 2003). Este corpo foi peça fundamental na disseminação da

ideia do amor materno, difundida apenas na modernidade, por volta do século XVIII, no contexto da constituição da ordem familiar burguesa (BADINTER, 1985). Tal ideia é forte até hoje. Neste sentido, a quebra do contrato pela falta da figura materna e deste amor - pela sua morte ou pela sua suposta indiferença - foi significada por algumas entrevistadas enquanto sofrimento.

Em outros casos, são as mulheres na condição de mães que sofrem. Uma primeira situação diz respeito a uma entrevistada que vivenciou a morte de seu primogênito agravada pela ideia de que os pais devem morrer antes dos filhos:

"Meu filho (choro), não é porque morreu, era altamente gente fina. Era gente que não era p'ra ser desse mundo mesmo. Muito inteligente, muito educado [...] Tanta saudade que eu falto morrer [...] Agora eu pensava que era eu a primeira, né? (a morrer) [...] Enterraram no meu tumulozinho que eu tinha comprado. Mas não era p'ra ter sido ele primeiro, não era, meu Deus. Eu nunca imaginei uma coisa dessas" (Catarina, 56 anos, divorciada).

Numa segunda situação, as mulheres na condição de mães atribuem o sofrimento aos constantes conflitos na relação com seus filhos:

"Eu acho que eu sofro mais por causa desses meninos (outros filhos) também, sabe? Eles são rebeldes comigo. Esse rapaz, o mais novo, poucos dias depois que meu filho morreu, ele pegou o som e ligou nas alturas. E eu pedi: 'Oh, meu filho, não 'tou p'ra essas coisas, não 'tou p'ra festa'. 'Ora, mas que porra, quem morreu não foi eu, quem morreu foi o outro. Agora só porque ele morreu ninguém vai mais escutar música?'. Não respeita os meus sentimentos [...] Essa minha filhinha mais nova, depois que ele morreu, ficou muito rebelde. Essa menina, eu peço. Às vezes, eu não 'tou bem e eu peço: 'Filha, vamos dormir comigo? Só hoje?'. 'Vou nada'" (Catarina, 56 anos, divorciada).

"Não vou mentir, não me dou bem com nenhuma, nenhuma (das filhas), não tenho apoio e por isso que eu moro sozinha. Um dia a minha menina quis me matar foi de faca [...] Isso é a minha maior tristeza!" (Serafina, 54 anos, separada).

Como dito, ao longo da história, a família foi gradualmente se transformando em uma

unidade de realização afetiva e de companheirismo e, neste contexto, os filhos são um bem de consumo afetivo (DIAS, 2015). Atualmente, uma das funções sociais dos filhos na esfera da família é fundada numa dimensão afetiva que se refere, de uma maneira geral, ao universo de gratificações que preenchem na vida familiar: são vistos como uma fonte de prazer. Outra dimensão é a instrumental, que tem como uma de suas funções a solidariedade emocional: espera-se dos filhos um apoio emocional constante, uma companhia para a vida (CUNHA, 2005).

Também na condição de mães, algumas mulheres sofreram com os medos, angústias e falta de entusiasmo durante a gravidez e no período logo posterior ao parto:

“Quando eu fiquei grávida, eu me impressionei muito com a gravidez. O que acontece? Tipo depressão pós-parto [...] Eu acho que eu tinha medo ser mãe. Eu queria ser mãe, mas a família do meu marido queria muito mais. E eu tinha medo, não tem? Eu ficava me sentindo culpada. Muita gente me cobrava p’ra cuidar direito, a família do meu marido. Eu quebrei o resguardo e, aí, a depressão veio” (Bárbara, 31 anos, casada).

Ao saber da própria gravidez e depois de ter o bebê, Bárbara não experienciou automática e radicalmente o amor materno enquanto suposto instinto. Tampouco sentiu a maternidade enquanto uma habilidade supostamente inata (BADINTER, 1985). Queria ser mãe, mas precisou lidar com a obrigatoriedade social – que é também moral e até religiosa (idem) – em torno do “desejo” talvez mais dos outros do que dela mesma.

Ainda quanto à condição de mãe, outra situação percebida como causadora de sofrimento ocorre quando uma mãe descuida de um filho:

“Eu botei ela em cima da mesa, ela caiu e morreu. Ela tinha cinco meses [...] Eu fui buscar a fralda dela e botei ela em cima da mesa. Quando eu lembrei, que eu olhei p’ra trás, ela ia virando, eu corri, mas não deu mais tempo de eu pegar. Ela caiu de bruços, ela ficou... O médico disse que ela rompeu o intestino [...] A minha mãe sempre ficava me

chamando de criminosa, tudo isso aí juntou p’ra que eu fosse tão triste, tão aperreada, me sentindo culpada, muita culpa que eu carregou até hoje” (Abigail, 53 anos, casada).

O relato acima remete ao fato de, na nossa cultura, as mulheres ainda vivenciarem um processo de subjetivação guiado por um dispositivo materno que naturalizou para elas a capacidade de cuidar de outros, das tarefas domésticas, de tudo o que estiver relacionado com o âmbito privado (ZANELLO, 2016, 2017). Se às mulheres é estabelecida a capacidade “natural” de dar à luz, amamentar, acarinhar (VALE DE ALMEIDA, 1995), e se a natureza “boa” (BADINTER, 1985), o pior infortúnio que pode acontecer é o de não se mostrarem mães cuidadosas. Na construção da figura materna pelo século XVIII, a vigilância foi uma das características priorizadas: “quer esteja em boa saúde ou doente, ela deve permanecer vigilante” (idem, p. 210). Qualquer desatenção é tida como negligência.

Também no âmbito familiar, conflitos relacionais na esfera da família nuclear, isto é, aquela constituída por pai, mãe e filhos (TEIXEIRA, 2016) foram mencionados enquanto fonte de adoecimento:

“Antes, ele (pai) bebia... Assim que eu cheguei de (cidade), ele traiu a minha mãe [...] Porque meu pai já quis me enforcar... [...] Depois ele tacou um banco na minha cabeça que escorreu sangue [...] Não queria que eu namorasse [...] Hoje eu quero abraçar ele, ele não quer que eu abrace. Acha ruim. Não quer demonstração de carinho [...] Eu acho que tem muita diferença de tratamento. Com o mais velho (irmão) ele chamava de bola cheia, não sei quê, até porque ele jogava bola, essas coisas. Já eu, ele não elogiava, essas coisas. Pelo contrário, fazia era me humilhar, me xingar [...] Não queria que eu trabalhasse. Tipo ‘ah, a filha do fulano tá trabalhando!’. Já o meu irmão mais novo, ele com 10 anos pegava latinha, ia vender, sempre teve mais desenrolação do que eu” (Arabela, 33 anos, solteira).

Acima, a entrevistada relata o tratamento diferenciado que recebia por parte do pai quanto aos irmãos homens, o que pode ter relação com as expectativas que pais depositam

nos filhos conforme o gênero, inclusive no que se refere à sexualidade. De acordo com Saffioti (1987), é comum haver um padrão de moral duplo sobre os filhos: por um lado, são bastante liberais com os filhos; por outro, extremamente rigorosos com as filhas. Não raro alguns pais mantêm relações extraconjugais ao mesmo tempo que exigem castidade das filhas (idem). Na fala da entrevistada, também há menção à ausência de reciprocidade afetiva, bem como à falta de estímulo ou proibição em torno de certas atividades (como trabalhar fora de casa) por parte do pai. No cotidiano familiar, há hierarquias de gênero e geração que são significadas enquanto sofrimento – neste caso, as mulheres entrevistadas não gozam de um lugar com autoridade e credibilidade.

Ainda no contexto familiar, relatos sugerem o sofrimento associado com uma sobrecarga de tarefas na esfera doméstica. São as mulheres que cuidam de tudo relacionado com a casa, que se responsabilizam pelo bem-estar de filhos, maridos, netos, outros parentes:

“O pedacinho que eu fico em casa, eu faço tudo isso. Não todo dia porque eu não tenho tempo. Minha casa não é das mais limpas, mas também não é das mais sujas. A última vez que eu varri minha casa foi domingo, não dá p’ra fazer todo dia [...] Eu não tenho tempo. Ou eu vou trabalhar fora ou eu vou limpar a casa. Hoje, eu vivo de 15% do (loja). Só. Aí, eu também faço bico de pano de prato, sempre ando com um crochêzinho na bolsa [...] Menina, tem dia que eu ando com uma bolsa que boto uma aqui, cheia de pano de prato, de sabonete, que eu ‘tou começando a vender sabonete p’ra me ajudar mais. Eu ando com uma bolsa aqui e outra aqui, tem hora à noite que eu ‘tou despedaçada” (Catarina, 56 anos, divorciada).

Uma divisão sexual do trabalho de produção e reprodução biológica e social está na base da dominação masculina (BOURDIEU, 2002). E isto frequentemente não ocorre a partir de uma relação entre dominação, por um lado, e resistência, por outro. Devido à força de um *habitus*, os próprios subordinados (neste caso, as mulheres), munidos de um senso prático, se posicionam voluntariamente a uma série de servidões (idem). O cuidado, tão

frequentemente visto como uma prática “feminina”, pode ser incluído naquela série.

O cuidado direcionado para os outros não raro exige a renúncia de si mesmas. É um cuidado que muitas vezes não é visto como um trabalho e, conforme Dimen (1997), embora seja absolutamente fundamental para a sociedade, é um trabalho que não termina nunca e nem é remunerado, mas é sentimentalizado e banalizado. Para as nossas entrevistadas, além das tarefas domésticas propriamente ditas (arrumar a casa, cozinhar, lavar roupa, passar roupa etc), também é delas o dever do suporte afetivo, de lidar com as despesas fixas da casa e administrar a situação que envolve pobreza e conflitos familiares, às vezes, conciliando tudo isso com o trabalho fora de casa.

3.2 As decepções amorosas

Decepções amorosas foram tidas por algumas mulheres como fonte de sofrimento. Segundo Pais (1998, p. 408), a vida amorosa pode até ser fugidia às racionalizações, mas nem por isso deixa de ser sociologizável: “o amor é um jogo – diz-se – mas é também uma prática de poder orientada sobre o saber e o sentir de outros que a Sociologia deve explorar”. Alguns relatos reúnem em comum a decepção com a ideia do “felizes para sempre” no contexto de um relacionamento heteroafetivo:

“Eu casei mesmo sem querer porque eu pensava que casamento era uma coisa, um tipo de coisa que é boa [...] Me desiludi com essa história de casamento, de felizes para sempre” (Serafina, 54 anos, separada).

“Essa decepção que eu tive com ele (marido) me fez cair numa tristeza gigante porque, poxa, a gente ‘tava com oito anos juntos [...] Eu me senti a corna, a última que soube. Eu quero perdoar ele por isso, mas eu não consigo perdoar. Fiquei zangada, me senti mal, com vontade de vomitar, de fazer tudo... De estragar a minha vida, me jogar na frente de um carro...” (Bárbara, 31 anos, casada).

Embora, como informa Giddens (1992), a ideia do amor romântico tenha surgido pelo fim

do século XVIII, ainda hoje ele influencia o modo pelo qual as pessoas vivenciam suas relações amorosas. Principalmente para as mulheres, há uma socialização que as orienta para a cultura do romance (PAIS, 1998). Apesar das transformações nas formas de amar, muitas mulheres continuam a se inserir no mundo externo (fora da casa da família de origem) a partir do estabelecimento de ligações amorosas (GIDDENS, 1992).

Algumas mulheres entrevistadas relatam que foram traídas por seus (ex) companheiros e tiveram sentimentos de tristeza, revolta, humilhação, baixa autoestima, desejos de vingança. A maneira como lidaram com a situação revela questões de gênero:

“Eu tentei me matar três vezes. Mermã, é porque meu marido ‘tava se envolvendo com umas bichinhas, umas cunhazinhas que usam droga. Aí, ele tinha relação com elas... Eu sabia de caso dele com mulher. Uma vez, eu peguei ele transando no sofá com uma mulher lá em casa. Tudo isso eu ficava aguentando, até que, um dia, eu não aguentei mais. Uma revolta, uma tristeza. Eu até digo a ele que eu agradeço é a ele (tom irônico) que ele me fez isso porque assim eu conheci o CAPS [...] Outra vez, ele fez foi dizer assim ‘sobe na parede p’ra tu ver eu transando com ela’. Eu subi na parede, em cima da cama, fui p’ra parede, depois desci e fui chorar enquanto ele ‘tava com a outra lá no sofá. Depois, foi uma amiga minha lá p’ra casa, que disse que era minha amiga. Minha rede ‘tava armada em cima da cama, e ele veio da sala... Ficou se acariciando com ela, beijando ela em cima da cama, convidou ela p’ra ficar” (Abigail, 53 anos, casada).

Nossas entrevistadas não encaram a infidelidade masculina como algo simplesmente “natural”, mas como um ato de desamor, humilhante e que causa dor, angústia, tristeza. Além das traições, vivenciaram diversas modalidades de violência no relacionamento, mas nenhuma delas rompeu o relacionamento de imediato. Umas demoraram bastante tempo para romper a relação e outras, na época das entrevistas, continuavam comprometidas. Certas mulheres não se separaram porque acreditam que o amor é algo que deve ultrapassar os obstáculos. Outras, mesmo

declarando não sentir amor pelos companheiros, praticam a ideia de que o casamento deve ser para sempre. Este último aspecto esteve relacionado com a crença de que uma separação é um fracasso, algo socialmente indesejável – ainda mais na faixa etária dos cinquenta anos de idade.

Interpretamos estes sentidos a partir da força que um dispositivo amoroso tem para as mulheres: segundo Zanello (2016, 2017), este dispositivo, sobretudo nas relações heterossexuais, oferece a elas a possibilidade de seu valor pessoal ser confirmado pela outra parte do casal (no caso, o homem). A autora (idem, p. 5) criou uma metáfora para entender o processo de subjetivação através do amor que é vivido por tantas mulheres, a chamada “prateleira do amor”. Esta é guiada por um ideal estético e prioriza as características de ser branco, louro, magro, jovem. Quanto mais longe de tais características, mais chances se tem de permanecer na prateleira. É nesta que as mulheres são escolhidas (ou não) pelos homens. Este processo empodera os homens, já que têm a oportunidade de avaliar as mulheres, física e moralmente.

Desta maneira, manter um relacionamento insatisfatório parece menos pior que precisar lidar com a possibilidade de ser “devolvida” à prateleira. É assim que muitas mulheres, tal como algumas entrevistadas, são socializadas para não ficarem sozinhas e sofrem pressão para suportar inúmeras situações como, por exemplo, sustentar relacionamentos humilhantes e danosos, até naqueles casos nos quais assumem não amar seus companheiros.

3.3 Pobreza e seus desdobramentos

A pobreza nas suas diversas faces – desemprego, fome, privação material, preconceito, trabalho infantil – foi apontada para explicar o próprio transtorno mental. A situação das mulheres é agravada pela sua condição de gênero. A Organização Mundial da Saúde (2001) reconhece o peso dos múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres, que continuam arcando com o fardo de ser as

principais responsáveis na esfera do lar sob a condição de esposas, mães, educadoras, provedoras de atenção para os outros. Simultaneamente, entram cada vez mais no mercado formal e informal de trabalho. Eis o relato abaixo sobre a causa do próprio transtorno, que sugere uma intersecção entre gênero e classe social:

"Nessa época, meu marido foi p'ra (cidade) caçar comida p'ra gente, ia caçar bosta nos matos p'ra vender, fazia bico. Eu ia deixar meus filhos na creche p'ra ir trabalhar também e eu subi no banco da praça e pedi p'ra trabalhar e, aí, eu ficava lá pedindo ajuda p'ra trabalhar, p'ra dar de comida p'r'os meus filhos. Eu não tinha emprego, eu fazia qualquer tipo de coisa... Eu tinha que ficar em casa e tentar trabalhar em casa, mas tendo que trabalhar fora também. Mil preocupações... Aí, eu entrei numa depressão tão grande... A gente ia dormir com fome, só com a água do pote. E eu preocupada... Comigo, com meus filhos pequenos sofrendo [...]. A gente não comia, a gente passava o dia sem comer (choro) [...] Hoje, doutora, se for p'ra comprar um quilo de frango, agora, eu não compro porque eu não tenho dinheiro [...] Minha depressão teve a ver com isso também" (Deolinda, 52 anos, união estável).

Outro aspecto que gera o sofrimento é ser alvo de preconceito por ser pobre. Em diversas ocasiões, Deolinda sentiu-se tratada de maneira negativamente diferenciada nas suas interações cotidianas por ser vista a partir de uma condição de inferioridade:

"Quando foi p'ra eu ter meu filho, a gente não tinha água encanada em casa, era água do poço. Meu marido foi falar com eles, com a sobrinha dele p'ra ajudar no meu resguardo e ela disse que, p'ra minha casa, só vinha se fosse o diabo. Isso aí me marcou muito, que só vinha o diabo p'ra minha casa porque eu era muito pobre. Eu não tinha uma televisão, não tinha um rádio, não tinha um sofá, som. Eu só tinha as panelas e um pote. Ele ficou triste, ele chorou... [...] Então, ele contou que 'tava com vergonha, que foi na (localidade da zona rural) pedir p'ra sobrinha dele ficar comigo durante o meu resguardo e, aí, ele soube que só o diabo pisava na minha casa porque eu sou muito pobre" (Deolinda, 52 anos, união estável).

De acordo com Sarti (1994), "pobre" é uma categoria que não diz respeito apenas às

desigualdades sociais em si, mas é relativizada pelo prisma moral. Num contexto onde mulheres estão em desvantagem simplesmente pelo fato de serem mulheres, a mulher pobre pode ser alvo de preconceito e/ou discriminação inclusive por outras mulheres em melhores condições de vida. Há diversas feminilidades transversalizadas por outros marcadores sociais (BANDEIRA E BATISTA, 2002). Conforme as autoras, a heterogeneidade entre as mulheres, tal como ocorre com outras categorias identitárias, pode gerar preconceitos quando um determinado atributo tido como regra social é valorizado em detrimento de outro visto com valor negativo. É o que pode ocorrer entre mulheres brancas e não brancas, mulheres jovens e não jovens, mulheres ricas e pobres (idem).

Outro aspecto relacionado com a pobreza e sentido negativamente quanto à saúde mental foi o trabalho infantil:

"Logo assim que começou esse problema em mim é porque eu nasci na casa dos meus pais, eu era muito sufocada de serviço. Em casa, na roça. Eu era criança, eu devia ter mais ou menos uns dez anos, a mamãe já me botava p'ra tirar mel, tirar aquelas abelhas. Isso lá no (localidade). Minha vida foi muito sofrida no interior [...] Eu ajudava eles no serviço, meus irmãos também. A gente comia era peixe seco, minha mãe botava de molho p'ra tirar o sal e a gente comia com cuscuz, só que eu não gostava [...] Nem fui de ir p'ra festa, mamãe não deixava e também ela me botava muito no serviço e eu cansava mesmo trabalhando de roça, capinando, plantando" (Serafina, 54 anos, separada).

Apesar de a pobreza não ser necessariamente a causa do trabalho infantil, ela constitui uma de suas motivações comuns. Diante das condições econômicas precárias vividas por sua família, Serafina começou a trabalhar por volta dos dez anos e não estudou para além da educação básica. Aqui, uma dupla jornada de trabalho: além de trabalhar na roça, Serafina, que foi socializada desde cedo para tal, era designada para exercer tarefas domésticas enquanto parte da condição de ser mulher –

fatos estes vistos por ela como impactantes da saúde mental.

3.4 Experiência de *bullying*

Ser alvo de *bullying* em diversos espaços sociais também surgiu nas experiências de entrevistadas. Segundo Mattos e Jaeger (2015, p. 350), o *bullying* “se configura em um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas como, por exemplo, implicância, discriminação e agressões verbais e físicas”. Mas a forma pela qual o *bullying* é realizado pelos e recebido pelas vítimas está fundamentada em representações de gênero:

“Quando eu era criança, teve muito *bullying* comigo. Quando eu era menor, eu era muito magrinha, então, as pessoas achavam ruim. Apelidavam... Magricela... E aquilo doía. Com onze, treze anos, eu engordei um pouquinho. Aí, já começaram a me chamar de baleia. Tinha uns jovens que jogavam bola na minha cabeça, me botavam p’ra brigar com pessoas que nem tinham feito nada comigo” (Arabela, 33 anos, solteira).

Os xingamentos sofridos pela entrevistada remetem para a exigência sobre o corpo feminino quanto aos padrões de beleza estabelecidos numa dada época e cultura. Falamos do corpo feminino aqui porque, como informa Bordo (1997), embora a nossa cultura seja narcisista como um todo, é preciso reconhecer que a preocupação com a aparência se coloca de modo mais incisivo as mulheres. No caso de Arabela, no contexto de sua infância/adolescência, o ideal era não ser gorda nem magra ao extremo, mesmo que, hoje, o modelo corporal feminino em voga, bastante difundido na mídia ocidental, seja o da mulher super magra. Como afirma Goldenberg (2013), no Brasil, o corpo valorizado é aquele cuidado, sem marcas (rugos, estrias, celulites, manchas), sem excessos (flacidez).

Em suma, o corpo é marcado por uma construção ideológica da feminilidade que sempre está a homogeneizar e normalizar, a despeito das diferenças de raça, classe, etnia, etc objetivando que todas as mulheres aspirem a um ideal coercitivo e padronizado (BORDO,

1997). Entretanto, isto pode ser subjetivado em termos de sofrimento por algumas mulheres que tentam se adequar ou fogem de tal ideal.

3.5 Exercício da sexualidade

De acordo com Giddens (1992, p. 33), a “sexualidade é uma elaboração social que opera dentro dos campos do poder, e não simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não uma liberação direta”. O seu exercício está atravessado pelo ensino e aprendizagem de regras e o desvio das mesmas pode se associar com uma série de deteriorações e sofrimentos. Vejamos o relato de Abigail sobre o próprio transtorno mental, que revela diversas situações que têm como pano de fundo um certo *script* para a sexualidade feminina. No caso, a entrevistada rompeu com uma série de aspectos previstos para tal *script*.

O primeiro deles foi ter iniciado uma vida sexual “cedo”, isto é, antes do casamento, sem motivações reprodutivas ou dentro de relacionamentos afetivos estáveis. O fato de tal iniciação ter se dado há aproximadamente quarenta anos, num contexto local onde a liberação sexual feminina era ainda menor que hoje, pode ajudar a se pensar num cenário bastante diferente daquele onde surgiu a sexualidade plástica que, nas palavras de Giddens (1992), é descentralizada, liberta das necessidades de reprodução, incentivadora do prazer da mulher e promotora da dissociação entre amor e casamento.

Abigail engravidou duas vezes e os respectivos pais das crianças não se responsabilizaram pela situação. Quando estava grávida da primeira filha, já sem contato com o respectivo progenitor, relata que era assediada por um rapaz que veio a ser o pai da segunda filha. Sobre este, afirma: “Uma vez, eu ‘tava grávida da minha segunda filha... Eu ‘tava com 3 meses... Aí convidou p’ra ir p’r’os matos. Sempre esse negócio de mato! (Abigail, F, 53 anos, casada)”. Na interação com este segundo rapaz, a perda da virgindade e a gravidez fora de um casamento, bem como não ter sua criança assumida pelo

primeiro progenitor parecem funcionar como a "prova" de que Abigail não era "mulher de respeito". Sua reputação estava "manchada". Isto tem relação com uma economia das trocas simbólicas que, segundo Bourdieu (2002), engloba o valor simbólico das mulheres: quanto mais preservadas a sua reputação e, especialmente, a castidade, maior o seu valor.

Mais dificuldades surgiram para Abigail. Na ocasião do nascimento da primeira filha, o pai de Abigail (e avô da criança) manifestou a intenção de doá-la: *"Ele 'tava dizendo que ia dar a menina e eu fiquei com raiva [...] Peguei ele falando da minha filha: 'oh, essa menina aqui é p'ra dar. Não querem não?'. Eu ouvi aquilo, comecei a chorar, dei essa febre muito alta, minha cirurgia abriu todinha. Já sofri demais, mulher!"* (Abigail, 53 anos, casada). Acabou permanecendo com a criança, que faleceu pouco tempo depois⁵. Quando teve a segunda filha, diante das dificuldades financeiras e da falta de trabalho, recebeu a seguinte sugestão do pai:

"Eu tive ela (a segunda filha) e eu pedia pro meu pai, porque eu era mãe solteira, mas não era mulher de andar vendendo o meu corpo p'ra homem nenhum. Eu tinha dezessete anos quando eu tive a minha segunda filha. Quando eu pedia p'ro papai p'ra ele me dar dinheiro p'ra eu comprar um leite, uma massa, ele pedia p'ra eu ir atrás de algum velho p'ra me dar dinheiro p'ra comprar [...] Fazer programa. Eu ficava sentida com aquilo (choro). Meus pais não me deram apoio" (Abigail, 53 anos, casada).

A inicial resistência de Abigail cessou quando a falta de alternativas fez com que ela procurasse sair com homens enquanto moeda de troca para conseguir subsídios para a filha. Aqui entra em questão o que Saffioti (1987, 2004) entende como a simbiose entre três tipos de sistema dominação-exploração, o patriarcado-racismo-capitalismo, que colocam a mulher na última posição da sociedade: especialmente a mulher negra e pobre (caso de Abigail). Relembre-se que, desde o Brasil Colônia, mulheres negras não tinham as

mesmas condições de atingir o modelo ideal de continência e castidade das mulheres brancas da elite, haja vista suas difíceis condições materiais e insegurança econômica (DEL PRIORE, 1994). Historicamente, elas foram "hiperssexualizadas". Faz todo sentido a metáfora da prateleira do amor criada por Zanello (2017), na qual as mulheres negras geralmente ocupam as posições mais desfavoráveis, pois na escala das preferências afetivas, acabam sendo as mais preteridas por conta do racismo.

3.6 Vivenciar diversas modalidades de violência

Diversos tipos de violência surgiram de forma mais "manifesta", mais extrema, nas suas faces psicológica, física, moral, patrimonial, sexual. Elas se cruzam, estão fundamentadas na mesma lógica – numa ordem patriarcal de gênero (SAFFIOTI, 2004) – e são vistas pelas entrevistadas como causadoras de sofrimento psíquico que perdura mesmo quando elas não convivem mais com os agressores (companheiros ou ex companheiros, irmãos, ex professores, vizinhos).

Vivenciar violência física foi referido enquanto causa do transtorno mental:

"E eu tinha medo de dormir porque eu tinha medo de ele (ex marido) me bater [...] Ele puxava muito os meus cabelos [...] Uma vez ele deu um chute no meu bumbum que eu sentia uma dor aqui dentro, dentro de mim e eu me soquei no chão de cara e eu tive que fazer uma 'períneo' (perineoplastia). Porque ele deu um chute tão forte que prejudicou a minha bexiga, aí baixou o útero [...] Eu já fui p'ro balão de oxigênio por causa de um murro que ele me deu, eu fui p'ro pronto-socorro. Fui p'ra lá, me botaram p'ra (hospital com ala psiquiátrica). Aí, ele disse que não ia mais fazer eu ficar no balão de oxigênio, que ia me botar era na UTI (unidade de terapia intensiva) porque era mais difícil de eu sair. Ele jurou de me matar" (Serafina, 54 anos, separada).

Outra face da violência sofrida por mulheres neste estudo foi a moral.

⁵ No acidente doméstico narrado linhas atrás no tópico 3.1.

Humilhações, xingamentos, deboches públicos, calúnias e consequentes sentimentos de vergonha foram eventos frequentes nas vidas de algumas entrevistadas:

“Ele me humilhava tanto dentro de casa que só você vendo. Se eu ‘tivesse numa mesa p’ra tomar um café, almoçar, qualquer coisa, ele não sentava. Se ele ‘tivesse e eu sentasse, ele se levantava e ficava em pé, comendo em pé com o prato na mão, mas não sentava na mesma mesa que eu. Mulher, eu vivi tanta coisa... Se eu não fosse assim, eu acho que eu já tinha era morrido” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

“Ele (ex companheiro) tinha trabalhado no serviço de uma construção, aí, eu fui atrás dele p’ra ele me dar um dinheirinho p’ra eu comprar umas roupinhas, as coisas p’ra menina que eu ‘tava esperando dele. Ele ‘tava num barzinho bebendo, eu já ia p’ro centro, ‘tava com a barriga de uns quatro meses, e ele foi falar assim na frente dos caras: ‘eita, tu já vai abrir o rabo p’ra parir?’, desse jeito, na frente dos caras. Mermã, aquilo foi uma vergonha p’ra mim [...] Ele ainda andou na minha casa me atentando, dizendo p’ro meu marido que eu era uma vagabunda, dizendo que não era p’ra ele ficar comigo. Isso, eu já sendo casada, acredita? E meu marido já sabia quem era ele. Ele chegava no meu marido e dizia: ‘Rapaz, tu tá com essa mulher? Essa bicha é uma vagabunda!’” (Abigail, 53 anos, casada).

A violência sofrida pelas entrevistadas também foi de cunho patrimonial, que, segundo a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), é aquela que resulta em retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, bem como os destinados a satisfazer as próprias necessidades. O caso mais emblemático é o de Catarina, que, mesmo antes da separação do marido, passou por fortes privações materiais:

“Eu já sofri demais desde a época da minha separação. Porque eu não ganhei nada de marido, eu moro na minha casa porque foi eu que fiz. Nós nos separamos e ele botou um advogado particular porque ele tem dinheiro, eu arrumei um da defensoria pública. E, aí, ele ganhou tudo. Ficou com dinheiro de carro, de oficina, de tudo. E eu não ganhei simplesmente nada [...] Aí, eu boto a menina p’ra pedir as coisas a ele. Mas sabe o que ele diz? No começo, ele fazia era dizer assim: ‘se

vire! Vocês que se virem’. ‘Não, a gente vai se virar mas é trabalhando’ [...] Eu tenho também uma revolta de ver que ele tem tanto dinheiro, que ele é tão endinheirado e ele vê que a gente passa sufoco” (Catarina, 56 anos, divorciada).

Em outras ocasiões, a experiência fragilizadora da saúde mental das mulheres esteve relacionada com o fato de terem sido submetidas à violência sexual na sua forma mais extrema, o estupro. Em todos os casos autorrelatados, elas tiveram algum vínculo com o agressor: irmãos mais velhos, cunhados, vizinhos, professores e (ex) companheiros. Algumas entrevistadas foram violentadas (às vezes, de forma recorrente) quando crianças ou adolescentes por irmãos (o que configura incesto), cunhados, professores, vizinhos:

“Quando eu ‘tava na faixa de uns cinco anos de idade, eu fui molestada e, aí, isso demorou a passar e eu tive a perda da minha mãe e ficou bem pior. Meu irmão (mais velho). Na época, eu tinha muito medo. Foram várias e várias vezes (silêncio longo). Não tenho contato com ele hoje. É um dos únicos irmãos que eu não falo nem o nome e esqueço que tenho [...] Trauma. Traumatizante. Aí, os meus familiares foram descobrir isso, quando eu já ‘tava com dezesseis anos [...] Tanto que, quando eu perdi a minha mãe, ela nunca soube disso. Irmão meu de sangue, mesmo” (Flora, 28 anos, separada).

Outra situação de violência sexual presente nas histórias de vida das entrevistadas foi o estupro no namoro/casamento:

“Uma vez, esse pai da minha filha (ex companheiro)...[...] Ele só transava comigo nos matos. Uma vez ele foi transar comigo, aí, ele foi ter relação comigo, tudo bem, teve. Quando terminou, eu vi ele tirando um negócio do bolso, aí, eu fiquei assim... ‘Meu Deus, o que será isso?’ . Era tipo um vidro. Ele tirou esse vidro e disse assim: ‘ou tu aceita eu meter esse vidro dentro de ti ou, então, eu te mato’, ele dizia desse jeito assim (choro). ‘Não, eu não quero fazer isso, não, porque eu não aguento’. ‘Tu vai ter que aceitar ou, então, eu vou te matar com uma faca’. Aí, eu deixei e, então, ele soltou o vidro dentro de mim. Quando ele ‘tava tentando tirar o vidro, ficava tocando no meu útero e eu sentindo aquela dor, dor. Ele foi tirando até que saiu. Tudo isso eu passei. Por isso que eu... (choro) [...] Outra vez ele me levou p’ra

ali, ficamos. Ficamos uma vez, duas... ‘Não, não quero mais, ‘tou cansada’. Minha filha, ele me bateu tanto, puxou meus cabelos e eu ‘Oh, não faz isso comigo, tu vai matar a criança!’ (estava grávida)” (Abigail, 53 anos, casada).

O que orienta o cometimento dessas violências contra meninas ou mulheres, inclusive no âmbito da própria relação amorosa, é uma dominação masculina (Bourdieu, 2002). Assim, “sujeitos e corpos femininos são controlados como se ‘pessoas’ não fossem, isto é, como se fosse possível suprimir o saber sobre a sua inserção em relações sociais, tornando-os, assim, puros corpos disponíveis” (MACHADO, 2004, p 36). Em diversas situações relatadas neste trabalho, os estupros aconteceram acompanhados de ameaça de morte. Em outras, os relatos das mulheres foram descredibilizados por membros da família e vistos como delírios próprios da sua condição (diagnóstico psiquiátrico).

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica brasileira, com base na tradição basagliana, passou a pôr entre parênteses a doença para absorver o sujeito, suas experiências e sua relação com o meio social. Levar em conta a diversidade de experiências possibilita ir além de sintomas/diagnósticos e de uma suposta natureza feminina mais vulnerável quanto à saúde mental, seja em termos biológicos ou

psicológicos. Convém problematizar mais os aspectos sociais.

Neste sentido, é emblemática a fala de uma das entrevistadas que dá título ao estudo – “Tudo isso é pr’a eu ser normal? Não tem como eu ser normal!” – , pois representa tanto os elementos estruturais quanto os significados apreendidos a partir da análise das histórias de vida. Aqui, “tudo isso” corresponde aos mandatos sociais de gênero e à maneira como as mulheres se situam face a tal. Frequentemente, o empreendimento realizado para alcançar, em termos de gênero, o “esperado” (ser vista por si e/ou por outrem como “boa mãe”, “boa filha”, “boa esposa”, “boa parceira sexual” ou “fisicamente bela”, cuidar dos outros em detrimento de si, desempenhar múltiplos papéis etc), bem como não alcançar (ser vista por si e/ou por outrem como “má mãe” ou “má esposa”, por ter feito sexo fora do casamento, por não querer ser mãe ou não desejar ter um relacionamento etc) são vivenciados pelas mulheres de maneira negativa relativamente à própria saúde mental.

Os resultados chamam a atenção para um maior investimento na interface entre questões de gênero e o campo da saúde mental, especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica. Um olhar de gênero pode ser útil para políticas, gestores, trabalhadores e itinerários terapêuticos de usuários/as.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fátima. A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental. Porto: Edições Afrontamento, 2011. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312011000400003>

BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BANDEIRA, Lourdes; BATISTA, Analía. “Preconceito e discriminação como expressões de violência”. **Estudos Feministas**, 1, p. 119-141, 2002. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000100007>

BORDO, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault”, in JAGGAR, Alison; BORDO, Susan (eds.). **Gênero, corpo,**

conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. <https://doi.org/10.17771/pucRio.acad.15441>

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRANDÃO, Ana Maria. **E se tu fosses um rapaz? Homoerotismo feminino e construção social da identidade**. Porto: Afrontamento, 2010.

BRASIL. **Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal ... e dá outras providências. Presidência da República, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 23 de dezembro. 2018.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONNELL, Raewyn. “Gênero, salud y teoría: conceptualizando el tema em perspectiva mundial y local”. **Nômadias**, 39, p. 63-77, 2013. <https://doi.org/10.14393/rfadir-v45n1a2017-42939>

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca. **Gênero: uma perspectiva global**. Compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo. São Paulo: nVersos, 2015.

CUNHA, Vanessa. “As funções dos filhos nas famílias”, in WALL, Karin (org.). **Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2005.

DEL PRIORE, Mary. **A mulher na história do Brasil**. São Paulo: Contexto, 1994.

DIAS, Isabel. **Sociologia da família e do gênero**. Lisboa: Pactor, 2015.

DIMEN, Muriel. “Poder, sexualidade e intimidade”, in JAGGAR, Alisson; BORDO, Susan (eds.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

GOLDENBERG, Mirian. **Homem não chora. Mulher não ri: 80 ideias para entender melhor sexo, amor e felicidade**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

HITA, Maria Gabriela. “Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias”, in ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam (orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. <https://doi.org/10.7476/9788575414040>

MACHADO, Lia Zanotta. “Masculinidade e violência: gênero e mal estar na sociedade contemporânea”, in SCHPUN, Mônica Raisa (org.). **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004.

MATOS, Michele; JAEGER, Angelita. “Bullying e as relações de gênero presentes na escola”. **Movimento: Revista da Escola de Educação Física da UFRGS**, 21 (2), p. 349-361, 2015. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.48001>

MOLAÑO, Alfredo. “Mi historia de vida con las historias de vida”, in LULLE, Thierry; VARGAS, Pilar; ZAMUDIO, Lucero (eds.). **Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales I**. Barcelona: Antrophos, 1998. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.3472>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Gênova: World Health Organization, 2001. <https://doi.org/10.17695/revista>

SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

PAIS, José Machado. “Vida amorosa e sexual (resultados de um inquérito)”, in PAIS, José Machado (eds.). **Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais/Secretaria de Estado da Juventude, 1998.

SARTI, Cynthia. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo**. São Paulo, Brasil. Tese (Doutoramento em Antropologia). Universidade de São Paulo, USP, 1994. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/2019290134-42>

TEIXEIRA, Solange. **Envelhecimento, família e políticas públicas: formas de apoios informais e formais da rede de proteção social**. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2016.

VALE DE ALMEIDA, Miguel. **Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade**. Lisboa: Fim de século, 1995. <https://doi.org/10.4000/books.etnograficapress.459>

VENTURINI, Ernesto. “A desinstitucionalização no Brasil: limites e possibilidades”. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 20 (1), p. 138-151, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19953/22033>. Acesso em 20 de dezembro. 2018.

ZANELLO, Valeska. **Curso – Saúde Mental & Gênero – Módulo II**. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nSTTP7ftzKc>. Acesso em 17 de dezembro. 2018.

_____. “Saúde mental e gênero”, in **13º mundos de mulheres & Fazendo gênero 11: transformações, conexões e deslocamentos**. 30 de julho e 4 de agosto de 2017. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2017.

How to cite (ABNT)

ALVES, Tahiana Meneses. “Is all this for me to be normal? I can't be normal!”: gender issues in the life stories of women with a psychiatric diagnosis. **JOSSHE: Journal of Social Sciences, Humanities and Research in Education**. v. 2, n. 2, p. 86-98, jul.-dez., 2019.